UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1955 — N° 214

L'organisation mondiale de la santé et les aspects juridiques de sa fonction épidémiologique

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 19 Décembre 1955

par

Michel, Antonin, Georges RAOUX

Né le 10 Juillet 1929 à LIMOGES (Haute-Vienne)

Élève de l'École Principale du Service de Santé de la Marine et de la France d'Outre-Mer

Examinateurs de la Thèse

MM. DERVILLÉE, professeur — *Président*
MOUSTADIER, professeur
L'ÉPÉE, agrégé
AUBY, prof[r] à la Faculté de Droit — *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMMARCELLI FRÈRES
80 bis, Cours de l'Argonne

1955

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547309_0029

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1955 — N° 214

L'organisation mondiale de la santé et les aspects juridiques de sa fonction épidémiologique

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 19 Décembre 1955

par

Michel, Antonin, Georges RAOUX

Né le 10 Juillet 1929 à LIMOGES (Haute-Vienne)

Élève de l'École Principale du Service de Santé de la Marine et de la France d'Outre-Mer

Examinateurs de la Thèse :

MM. DERVILLÉE, professeur — *Président*
MOUSTARDIER, professeur
L'ÉPÉE, agrégé
AUBY, prof[r] à la Faculté de Droit
— *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMMARCELLI FRÈRES
80 bis, Cours de l'Argonne

1955

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE, PORTMANN
DOYEN : M. SIGALAS. — ASSESSEUR : M. TAYEAU

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	N.
	BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN
	MASSÉ
Clinique d'accouchements	M. RIVIÈRE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIECHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	J. GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN

	MM.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Pathologie générale et expérimentale	SARIC
Clinique ophtalmologique	N.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique médicale et des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	G. PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	F.-J. TRAISSAC
Hydrologie thérapeutique et climatologie	DUBARRY

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :

M. BLANQUET (Section Pharmacie)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. MAHON (Obstétrique), PAUTRIZEL (Parasitologie), Mlle ROUGIER (Physiologie), M. MOUSTARDIER (Bactériologie)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Anatomie pathologique	LÉGER
Anatomie	RIGAUD
	CABANIE
Biochimie médicale	NEUZIL
Pathologie expérimentale	FAURE
Physique médicale	DUHAMEL

	MM.
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE
	ROMAIN
Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER
	QUILICHINI
Pharmacie (3e Section)	CAZAUX

CHARGE DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ :

M. STOLL (Histologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

	MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN
	LENG-LÉVY
	MORETTI
	LAVIGNOLLE
	MARTIN-DUPONT
	DAVID-CHAUSSE
	J. RIVIÈRE
Chirurgie générale	LAUMONIER
	CHAVANNAZ
	VILLAR
	TINGAUD
	DEPAULIS
	DARMAILLACQ

	MM.
Obstétrique	CHASTRUSSE
	FAUGÈRE
Ophtalmologie	BESSIÈRE
	CORCELLE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
	M. PORTMANN
Dermatologie et shyphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Odonto-stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE
Neurologie et psychiatrie	BLANC
Pneumo-phtisiologie	FREOUR

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE
	FAUGÈRE
Puériculture	VERGER
	PÉRY
Législation pharmaceutique	COUSTOU
Cryptogamie	LAUBIE
Obstétricie sociale	MAHON
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE
Chimie analytique	BABIN
Pathologie chirurgicale	VILLAR
	CHAVANNAZ
	TINGAUD
	LAPORTE
	DARMAILLACQ

	MM.
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Physiologie	BENELLI
Toxicologie et Hygiène	Mlle LARCEBAU
Phytopharmacie	CORTESI
Droit médical international	AUBY
Médecine légale	L'ÉPÉE
Séméiologie médicale	LAVIGNOLLE
Séméiologie chirurgicale	DEPAULIS
Embryologie	STOLL
Pathologie médicale	BERGOUIGNAN
	LENG-LÉVY
	MORETTI
	DAVID-CHAUSSE
	RIVIÈRE
	MARTIN-DUPONT

Le Secrétaire principal de la Faculté : GAYRAUD

Par délibération du 5 Août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MEMOIRE MON GRAND-PERE

LE MÉDECIN-COLONEL GEORGES EYMERI

Professeur à l'Ecole de Médecine de Limoges,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction Publique,

Notre premier maître,
Qui fut pour nous un exemple de bonté et un modèle de travail.

A MON PERE

Avec toute ma reconnaissance pour tous les sacrifices qu'il a consentis pour moi.

A MA MERE

En témoignage de sa tendresse infinie.

A MA FEMME

Avec mon indéfectible affection.

A MON FILS

A MA FILLEULE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A Monsieur l'Abbé LURTON,

Aumônier de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine.

Au Docteur BERRE

Médecin en Chef de la Marine,
Médecin-Chef des Services Médicaux de l'Hôpital Maritime de Brest,
Ancien Professeur à l'Ecole principale
du Service de Santé de la Marine,
Médecin des Hôpitaux Maritimes,

Qui nous a ouvert les portes de son service.
En reconnaissance des conseils qu'il nous a prodigés.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ,
DES HOPITAUX ET DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE

A Monsieur le Médecin Général de 1re Classe TABET

Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et de la France d'Outre-Mer,
Spécialiste des Hôpitaux Maritimes
Commandeur de la Légion d'Honneur,
Commandeur de l'Ordre de la Santé Publique
Officier du Mérite Maritime

A Monsieur le Médecin en Chef de 1re Classe de la Marine CONSTANS

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et de la France d'Outre-Mer,
Spécialiste des Hôpitaux Maritimes
Officier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre 1939-1945

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur AUBY

Professeur à la Faculté de Droit de Bordeaux,
Chargé des Cours de Droit Médical International
à la Faculté de Médecine,

Dont l'enseignement nous a inspiré ce travail.
Nous tenons à lui exprimer notre respectueuse gratitude pour les conseils qu'il nous a donnés et le bienveillant accueil dont il nous a toujours honoré.

Monsieur le Docteur P. L'EPEE

Agrégé de Médecine Légale et de Médecine du Travail,
Assistant de Dermato-Vénéréologie des Hôpitaux,
Officier d'Académie,

Qui nous fait l'honneur de juger cette thèse.
Nous lui sommes particulièrement reconnaissant de son enseignement qui s'avère si utile au début d'une carrière médicale.

Monsieur le Professeur MOUSTARDIER

Médecin des Hôpitaux Coloniaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Médaille de la Résistance Française,
Médaille de la France Libre,
Chevalier du Mérite Maritime,
Médailles des Epidémies,
Officier d'Académie,

Nous le remercions du bienveillant accueil qu'il nous a réservé et des conseils qu'il nous a prodigués.
Hommage de notre profond respect.

A NOTRE PRESIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DERVILLEE

Professeur de Médecine Légale et de Médecine du Travail,
Membre de la Commission Internationale Permanente
pour la Médecine du Travail,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction Publique,

Nous le remercions d'avoir bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

Nous lui exprimons notre respectueuse gratitude.

INTRODUCTION

Si la seconde guerre mondiale a provoqué d'innombrables destructions et compromis la santé de millions d'hommes, elle a eu pour conséquences d'entraîner d'immenses progrès dans le domaine scientifique et, plus particulièrement, sur le plan médical.

A la fin des hostilités, il s'avérait nécessaire non seulement de grouper les diverses et nouvelles connaissances médicales, mais encore d'en faire bénéficier tous les pays et plus spécialement ceux qui, du fait de leur degré de civilisation ou de l'infortune de la guerre, avaient vu leurs recherches médicales ralenties.

Un certain nombre d'organismes existaient déjà, tels que :

— L'Office International d'Hygiène Publique de Paris,

— L'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations à Genève,

— Le Bureau Sanitaire Panaméricain de Washington,

— L'Administration des Nations-Unies pour les secours et la réhabilitation : l'U.N.R.A.A.

Il fallait réunir en une nouvelle institution les forces vives et les traditions fécondes de tous ces organismes fusionnés dans l'intérêt général (12) et (18).

Les démarches initiales ont été faites par le Brésil pour inclure dans la charte même des Nations-Unies la « *notion de santé* ».

En 1945, la Chine soutient le Brésil en vue de la convocation d'une conférence internationale de santé.

L'année suivante, le 15 février 1946, le Conseil Economique et Social de l'O.N.U. charge :

1° Le secrétaire général des Nations-Unies de convoquer

la conférence internationale de santé pour le 20 juin 1946 au plus tard.

2° Une commission préparatoire technique de rédiger un projet de constitution destiné à servir de base de discussion et qui siégea du 18 mars au 5 avril 1946 à Paris.

En mai 1946, le Conseil Economique et Social invitait, en plus des Etats membres des Nations-Unies, seize Etats non membres à participer à la conférence, ceci pour montrer le caractère international et mondial de la future institution.

C'est le 19 juin 1946 que se réunirent à New-York 51 membres des Nations-Unies, 13 Etats non membres, 10 organisations internationales de santé et d'hygiène publiques, telles :

— La Fédération Mondiale des Syndicats,

— L'Organisation Internationale du Travail,

— La Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge.

Les travaux de cette conférence aboutirent à la constitution d'une nouvelle institution, l'*Organisation Mondiale de la Santé*, dont les principales fonctions sont de plusieurs ordres (7).

Ces fonctions vont tout naturellement découler de l'objectif que se propose d'atteindre l'O.M.S., à savoir : la diminution de la mortalité et de la morbidité dans le monde.

1° *Rôle de standardisation :*

a) *Des produits biologiques et pharmaceutiques.* — L'article 21 de la constitution de l'O.M.S. prévoit en effet que l'assemblée mondiale aura l'autorité de préparer et d'approuver les normes relatives à l'inocuité, la pureté et l'activité des produits pharmaceutiques, biologiques et similaires qui se trouvent dans le commerce international.

b) *Des méthodes de diagnostic.* — Etant donné la multiplicité considérable des méthodes de diagnostic préconisées par chaque pays, il s'avère nécessaire, toujours dans un but d'internationalisation, de codifier ces méthodes tout en évitant de réduire la médecine à un certain nombre de formules types.

2° *Rôle de coordination des recherches scientifiques*, afin d'encourager et diriger tous travaux de recherches dans le domaine de la santé (article 18, § K).

3° *Rôle d'aide :*

a) *Aux territoires sous tutelle*, en fournissant éventuellement secours et services sanitaires à cesdits territoires.

b) *Aux gouvernements*, afin de renforcer les services de santé nationaux si le besoin s'en fait sentir, en particulier en temps d'épidémies.

4° *Rôle épidémiologique :*

Ce rôle épidémiologique, qui est le rôle principal, se concrétise par l'élaboration du règlement sanitaire international et se substitue à toutes les conventions existant déjà, en particulier les conventions de 1944.

Notre étude consistera, après un historique relatant les différentes étapes de l'élaboration des conventions internationales, à analyser successivement celles de 1944 et le règlement international de l'O.M.S., pour insister, dans un dernier chapitre, sur les modifications et les lois nouvelles instaurées par l'O.M.S.

HISTORIQUE

Ce sont les Vénitiens qui se préoccupèrent les premiers de la protection contre les maladies importées par leurs navires dès 1348. Ils furent imités, en 1467, par les Gênois, en 1476 par les Marseillais, puis ce fut au tour des ports océaniques comme Le Havre, Saint-Nazaire et Bordeaux d'envisager des mesures de protection contre les grands fléaux épidémiques (11).

Aux « provéditeurs de santé » vénitiens chargés de combattre les épidémies succédèrent les intendances sanitaires égyptiennes dont les pouvoirs en périodes d'épidémies étaient quasi-illimités.

Parmi les mesures de protection prises, les lazarets figurent au premier plan. Le premier date de 1403 à Vienne; le second de 1467 à Gênes (13). Le service quarantenaire était assuré à cette époque de la façon suivante, qui ne manque pas de pittoresque :

« Le capitaine du navire se faisait conduire seul en chaloupe au port. Au bureau de santé il remettait aux administrateurs sa patente de santé en la faisant passer à travers une grille. Un employé prenait la patente avec des pinces en fer, la plongeait dans un bassin rempli de vinaigre, l'étendait sur une planche et la présentait au « conservateur de la santé » qui la lisait sans la toucher. Le capitaine retournait alors à son bord pour y faire exécuter les prescriptions sanitaires qui lui étaient imposées. »

Au XVII[e] siècle, le lazaret de Marseille acquit une réputation de bon ordre qui y régnait. Dans le Midi de la France, la prophylaxie contre la peste fut sévèrement ordonnée. Il était prescrit « aux capitaines et autres officiers de vaisseaux, galè-

res et autres bâtiments d'éviter autant que possible toute sorte de commerce dans les lieux suspects de mal contagieux ». S'il arrivait par malheur qu'un navire soit atteint, officiers, équipage, vaisseaux et marchandises devaient « faire quarantaine entière ».

Chaque pays riverain de la Méditerranée prenait conscience peu à peu du danger des épidémies; mais les mesures de protection étaient bien souvent empiriques; les données bactériologiques et épidémiques étaient encore réduites à l'état embryonnaire. De plus, chaque Etat possédait ses lois propres, sa prophylaxie sanitaire particulière, ce qui n'était pas fait pour faciliter les échanges internationaux. Malgré tout, le commerce se développa du fait de l'essor des moyens de communications et les conséquences ne se firent pas attendre : en 1720 la peste de Marseille fait 40.000 morts.

De 1826 à 1837, le choléra fait son apparition en Europe, frappe l'Angleterre, pénètre en France par Calais et fait 100.000 victimes dans notre pays. En 1848, une nouvelle épidémie de choléra s'abat sur l'Europe et particulièrement sur la France. Devant cette recrudescence des maladies, la France, en 1851, réunit la première conférence internationale en vue d'uniformiser les moyens de défense et mettre au point un règlement sanitaire.

Aux lacunes scientifiques, rendant déjà difficile l'élaboration d'un tel ouvrage, s'ajoutait l'esprit d'indépendance et de chauvinisme des Etats voisins, voulant à toute force préconiser et imposer leur législation mais n'admettant pas les textes étrangers. La conférence de Paris fut un échec dans le sens qu'aucune convention sanitaire ne put être élaborée, mais elle eut le mérite d'ouvrir la voie aux négociations ultérieures qui, cent ans après, aboutiront au règlement sanitaire international de l'O.M.S.

Dès lors, chaque épidémie entraîne la réunion d'une nouvelle conférence.

En 1865, l'Asie Mineure est le siège d'une épidémie de choléra. L'année suivante, une conférence se tient à Constan-

tinople et, une fois encore, les bases de discussion étant empiriques, aucun résultat notable n'était obtenu.

En 1874, nouvelle conférence à Vienne, nouvel échec.

En 1881, nouvelle conférence à Rome, nouvel échec.

Mais deux ans plus tard, Robert Koch découvre le vibryon cholérique. Les méthodes pastoriennes de prophylaxie permettent enfin de discuter sur des bases solides et, en 1892, à Vienne, était réunie la première convention internationale, relative au choléra et au pélerinage de La Mecque.

En 1893, à Dresde, à propos du choléra, il fut décidé que tout pays ayant un cas de choléra devait immédiatement en faire part aux autres pays afin que ceux-ci puissent prendre toute mesure de protection.

En 1894, la conférence de Paris réglementa le pélerinage de La Mecque. La même année, Yersin découvre le bacille de la peste et deux ans plus tard, il met au point son sérum antipesteux. Durant ces mêmes années, du foyer endémique du Yunnan une épidémie de peste se répand en tache d'huile jusqu'à Hong-Kong, Bombay et Madagascar. De ce fait, la conférence de Venise, en 1897, porta à deux le nombre des maladies dites « *pestilentielles* », à savoir le choléra et la peste.

En 1900, une commission américaine comprenant Reed, Carol, Agramonte et Lazear prouve, sans discussion possible, le rôle du *Stégomia* dans la transmission de la fièvre jaune et jette les bases de la prophylaxie qui sera codifiée lors de la conférence de Paris en 1903.

La convention de Rome, de fin 1907, créa un organisme qui ne devait cesser de fonctionner qu'à l'entrée en fonction de l'O.M.S. : l'*Office International d'Hygiène Publique*, siégeant à Paris, et dont le but était, selon les termes de ses statuts, de « recueillir et de porter à la connaissance des Etats participants les faits et documents d'un caractère général intéressant la santé publique et spécialement en ce qui concerne les maladies infectieuses, notamment le choléra, la peste, la fièvre jaune, le typhus exanthématique et la variole, ainsi que les mesures prises pour combattre ces maladies » (1).

Le 17 janvier 1912, quarante nations se réunirent à Paris, tandis qu'il n'y en avait que douze à la première conférence de Paris en 1851, pour faire le point de la prophylaxie du choléra, de la peste et de la fièvre jaune (3).

En 1926, c'est encore à Paris que se tient une nouvelle conférence. Aux trois maladies pestilentielles déjà codifiées « peste, choléra et fièvre jaune », s'ajoutent alors le « typhus exanthématique et la variole ».

En 1923, fut institué à Genève, sur l'ordre de la S.D.N., le Comité d'Hygiène dont les fonctions étaient d'internationaliser les mesures de protection contre les maladies. Ce comité comprenait, entre autres membres, le bureau de l'O.I.H.P., d'où une certaine interdépendance et dualité.

Des organismes sanitaires se créèrent un peu partout : tels que le Bureau Sanitaire Panaméricain, le Bureau International du Travail. Malgré la multitude d'organismes, les conventions internationales s'élaborent peu à peu : telle, en 1933, à La Haye, la convention pour la navigation aérienne.

En 1939, la deuxième guerre mondiale éclate. L'O.I.H.P. cesse son activité.

En 1943, les Nations-Unies créent l'U.N.R.A.A. ou « Administration des Nations-Unies de Secours et de Restauration »* dont le conseil se tient à Washington et qui a pour mission de prendre toute mesure susceptible d'enrayer un début d'épidémie et pour cela établit un règlement sanitaire international signé en 1945 (5).

Ce sont ces conventions sanitaires de 1944 que nous allons étudier succinctement afin de pouvoir établir ensuite un parallèle entre elles et le règlement de l'O.M.S.

(*) U.N.R.A.A. : United Nation Relief and Rehabilitation Administration.

LES CONVENTIONS SANITAIRES DE 1944

Elles réglementent principalement la navigation maritime et la navigation aérienne (11) et (16). Nous les étudierons successivement.

Le premier point à signaler est l'obligation des gouvernements de notifier aux pays ayant ratifié lesdites conventions le premier cas de peste, de choléra, de fièvre jaune, de typhus exanthématique, de variole et de certaines maladies transmissibles apparaissant sur leur territoire. L'Etat est en demeure ensuite de préciser le lieu exact d'apparition de la maladie, sa date d'éclosion, le nombre de cas, le taux de mortalité insolite de rongeurs s'il s'agit de peste, le nombre de porteurs de germes s'il s'agit de choléra, l'abondance relative d'*Aedes aegypti* en cas de fièvre jaune.

Ces notifications n'ont bien entendu de valeur que si chaque gouvernement est lui-même prévenu à temps des cas de peste, fièvre jaune, choléra, typhus et variole.

A) Conventions de 1944 en matière de navigation maritime.

En ce qui concerne la *peste*, le navire peut être : infecté, suspect ou indemne.

— Il est *infecté*, s'il y a un cas de peste à bord ou des rats pesteux.

— Il est *suspect*, si un cas de peste humaine se déclare dans les six jours qui suivent l'embarquement ou si la mortalité des rats est insolite.

— Il est *indemne*, s'il n'y a ni peste, ni mortalité insolite, malgré la provenance du navire d'un pays atteint. Dans ce cas, seulement, le navire peut poursuivre sa route libre-

ment, c'est-à-dire être admis à la libre pratique, ne subissant que les dératisations périodiques obligatoires.

Si le navire est infecté, ou suspect, il est soumis à la « visite médicale ».

Les passagers sont soumis à l'observation ou, si possible, à la surveillance, ce qui leur permet de poursuivre leur voyage sous réserve d'être examinés par l'autorité sanitaire d'arrivée. La literie est désinfectée et le navire désinsectisé ou dératisé.

Pour le *choléra*, un navire est considéré comme *infecté* s'il y a un cas de choléra à bord ou s'il y a eu un cas de choléra pendant les cinq jours précédant l'arrivée. Dans ce cas, le navire est soumis au régime suivant : les malades sont débarqués et isolés, les autres passagers, équipage compris, sont placés en observation durant cinq jours au maximum, à moins qu'ils ne soient vaccinés depuis moins de six mois et plus de six jours. Ils sont alors simplement soumis à la surveillance.

Quant aux vivres et eau potable suspects, ils seront désinfectés avant d'être déversés.

— Si le navire est seulement « *suspect* », les mesures sont les mêmes, les signes cliniques de la maladie devant être confirmés par deux examens bactériologiques. De plus, la vaccination anticholérique, comme le stipule l'article 34 « constituant une méthode d'une efficacité prouvée pour arrêter une épidémie de choléra et par conséquent, pour atténuer les chances de diffusion de la maladie, il est recommandé aux administrations sanitaires d'appliquer dans la plus large mesure possible, toutes les fois que la chose sera réalisable, la vaccination spécifique dans les foyers de choléra et d'accorder certains avantages, en ce qui concerne les mesures restrictives, aux personnes qui auraient accepté cette vaccination ».

Au sujet de la *fièvre jaune*, le navire sera, selon la terminologie habituelle, classé en « infecté, suspect, ou indemne».

— Dans le cas de navire *infecté*, il y a eu au départ, pendant la traversée ou à l'arrivée un cas de fièvre jaune. Le

navire est soumis alors aux mesures suivantes : après une visite médicale des passagers, ceux qui sont atteints sont débarqués et sont isolés de manière à éviter la contagion et la contamination des moustiques. Les passagers, autres que les malades sont soumis à la surveillance ou à l'observation sans toutefois dépasser le délai de six jours. A bord, on s'efforcera de détruire les moustiques.

— Un navire est *suspect* dans plusieurs cas, malgré l'absence de fièvre jaune à son bord :

1° S'il provient, après une traversée de moins de six jours, d'un port atteint ou d'un port non atteint mais en relations étroites avec des centres endémiques de fièvre jaune.

2° Si, après une traversée de plus de six jours, il est susceptible d'héberger des Stégomias.

Les mesures sont les mêmes que dans le cas d'un navire infecté, si la traversée a duré plus de six jours. Dans le cas contraire, les passagers subissent une visite médicale et les personnes qui débarquent sont soumises dans les mêmes conditions que précédemment à l'observation ou à la surveillance.

— Un navire sera considéré comme *indemne*, s'il n'y a pas de fièvre jaune après six jours de traversée et s'il n'héberge pas de Stégomias. Pour cela il devra, au cours d'un séjour en foyer endémique, jeter l'ancre à 400 mètres au moins du rivage, ce qui, pour Aujaleu et Pequignot, paraît nettement insuffisant, les Stégomias pouvant franchir aisément ,dans certaines circonstances, des distances plus grandes (2). Le navire indemne bénéficie de la libre pratique après visite médicale.

Comme pour le choléra, la vaccination contre la fièvre jaune constitue la meilleure prophylaxie et permet aux voyageurs d'éviter les mesures de quarantaine. La France a été le premier pays à pratiquer en grand la vaccination. Lors de l'établissement des conventions de 1944, un différend, d'ordre technique, a opposé la thèse française sur la vaccination antiamarile à la thèse anglo-saxonne. La France employait jusqu'alors le vaccin préparé par l'Institut Pasteur de Dakar. Ce

vaccin est à base de cerveau de souris infectée. On congèle le cerveau, on le dessèche à —22° sous vide et on le pulvérise afin de le conserver en ampoules scellées. La vaccination, pratiquée par scarifications, était obligatoire pour se rendre dans certains territoires d'Outre-Mer et la protection s'est révélée efficace. On cite à ce sujet 95 % de tests de séro-protection positifs chez les sujets vaccinés et enfin la disparition de la fièvre jaune en A.O.F. Le vaccin français était indiscutablement efficace. Or, les Anglo-Saxons voulaient imposer le vaccin de l'Institut Rockfeller, obtenu par culture dans l'embryon de poulet d'une souche subissant de très nombreux passages atténuant peu à peu son pouvoir pathogène, la vaccination se pratiquant par voie sous-cutanée. Le médecin général des troupes coloniales PELTIER fit prévaloir la thèse française et, aux côtés du vaccin Rockfeller, le vaccin dakarois fut agréé par l'U.N.R.A.A. Il faut, en effet, pour qu'une vaccination soit valable, que le vaccin soit agréé par l'U.N.R.A.A., les certificats de vaccination étant d'un modèle international. Nous aurons l'occasion de revenir plus longuement sur ce sujet lorsque nous étudierons le règlement de l'Organisation Mondiale de la Santé.

D'une façon générale, les mesures concernant le *typhus* ont beaucoup de points communs avec les précédentes : visite médicale, débarquement et isolement des malades et enfin épouillage des voyageurs, de leurs vêtements et de la literie.

Enfin, pour ce qui est de la dernière maladie dite « pestilentielle » : la *variole*, les mesures de protection consistent en : visite médicale, débarquement immédiat et isolement des varioleux, vaccination ou revaccination des personnes en contact avec les malades, surveillance et observation dont la durée ne doit pas dépasser quatorze jours.

Après désinfection des locaux et de la literie contaminée, le navire est immédiatement admis à la libre pratique.

Il est bien entendu conseillé aux gouvernements de vacciner leurs sujets. Pour la France, la vaccination est obligatoire « au cours de la première année de la vie, ainsi que la

revaccination au cours de la onzième et de la vingtième année. Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement responsables de l'application de ladite mesure » (loi du 7 septembre 1915).

Les conventions de 1944 envisagent ensuite un certain nombre de dispositions spéciales au canal de Suez et aux pays limitrophes, ainsi qu'aux navires à pèlerins. Ne peuvent se rendre en pèlerinage que les sujets sains. Ceux qui sont vaccinés seront dispensés de l'observation. Les compagnies de navigation sont astreintes à une réglementation très stricte en ce qui concerne les installations sanitaires du navire. L'article 100 stipule que « le navire doit pouvoir loger les pèlerins dans l'entrepont. En dehors de l'espace réservé à l'équipage, il doit fournir à chaque individu une surface d'un mètre carré cinquante. Une ventilation efficace doit être assurée ».

L'article suivant exige des locaux spéciaux à l'usage exclusif des femmes et dérobés à la vue, selon la loi musulmane. Il doit y avoir à bord un médecin par 1.000 passagers. Des infirmeries doivent être aménagées de manière à recevoir 4 % des pèlerins embarqués. Elles doivent être munies de médicaments, de désinfectants en nombre suffisant et de vaccins anticholérique et antivariolique.

Au départ du navire, l'autorité compétente s'assure que ledit navire est en état de propreté parfaite, désinfecté éventuellement, et qu'il est en état de prendre la mer.

Durant la traversée, les locaux communs doivent être tenus dans un état de propreté constante. Le médecin visite les malades. Le commandant consigne sur le livre de bord toutes les opérations prophylactiques pendant le voyage.

En ce qui concerne les pèlerinages musulmans se rendant à La Mecque, selon leur provenance, les navires font escale dans les stations sanitaires de Camaran ou d'El Tor. Les navires sont alors classés en : indemnes, suspects, infectés.

Dans les deux premiers cas, tous les pèlerins débarquent et, durant quarante-huit heures au maximum, ils sont l'objet d'un certain nombre de mesures : douches, bains, désinfec-

tion de leurs vêtements et examens bactériologiques s'il y a lieu. Le navire reprend ensuite sa route vers Djeddah.

Si les pèlerins sont tous vaccinés contre le choléra et reconnus indemnes après visite médicale, le paquebot est dispensé des mesures ci-dessus.

Dans le cas d'un navire infecté de peste ou de choléra, l'escale dure six jours.

Au retour du pèlerinage, les mêmes escales à Camaran et El Tor sont obligatoires.

Un certain nombre de sanctions sont prévues contre les commandants de navires qui ne se sont pas conformés aux règlements internationaux. Ils peuvent être frappés d'une amende, allant de 50 francs-or pour une défection dans la distribution de vivres aux pèlerins à 7.500 francs-or pour le non-embarquement d'un médecin diplômé.

B) Les conventions de 1944 en matière de navigation aérienne.

Les conventions sanitaires maritimes ne pouvaient s'adapter pleinement à la navigation aérienne du fait de la rapidité de ce moyen de transport (8). Les conventions de 1944 n'ont fait que modifier celles de 1933 en les adaptant aux nouvelles connaissances scientifiques, d'une part, et au développement de la navigation aérienne, d'autre part. La guerre a favorisé dans une très large mesure les relations aériennes et il s'est posé en 1944 des problèmes dont l'urgence n'échappait à personne. A titre d'exemple, un avion quittant Paris à 20 h. 30 atterrit à Abidjan le lendemain à 11 h. 30, tandis qu'en partant de Paris à 23 h. 15, le voyageur est à Saïgon le surlendemain matin et à Hong-Kong soixante heures après avoir quitté l'Europe.

Les premiers articles de la convention aérienne définissent les termes d'« *aérodrome autorisé* » et d'« *aérodrome sanitaire* ». Un *aérodrome autorisé* est un « aérodrome douanier ou autre spécialement désigné par l'autorité compétente de l'Etat où il se trouve et sur lequel les aéronefs peuvent effec-

tuer le premier atterrissage en pénétrant sur un territoire ou prendre le départ pour quitter un territoire ».

Un *aérodrome sanitaire* est un « aérodrome autorisé qui est organisé et outillé de la manière suivante :

— Service médical avec un médecin et plusieurs agents sanitaires.

— Local pour la visite médicale des voyageurs et pour les soigner, si besoin est.

— Matériel nécessaire à la désinfection, désinsectisation et dératisation.

Le commandant de l'aéronef est tenu de remettre dès son arrivée sur un aérodrome autorisé, une « *déclaration de santé* » aux autorités de l'aérodrome, les passagers devant remplir de leur côté une « *déclaration personnelle de santé* », ces déclarations étant faites sur un modèle international, de même que les certificats internationaux de vaccination contre le choléra, le typhus, la variole et la fièvre jaune.

Au départ d'un avion d'un territoire contaminé, une visite médicale du personnel navigant et des passagers permet de retenir à terre toute personne présentant des symptômes de maladies pestilentielles.

En cas de nécessité, les avions peuvent atterrir sur n'importe quel aérodrome autorisé, mais il est préférable qu'ils atterrissent sur un aérodrome sanitaire.

— Pour la *peste*, s'il n'y a pas eu de cas à bord, seules la visite médicale, la dératisation et la désinsectisation, la surveillance de six jours au plus peuvent être pratiquées. Au contraire, si on note un cas, le malade devra être immédiatement débarqué et isolé. Les personnes en contact avec ce malade devront être en surveillance durant six jours au plus. L'avion sera désinsectisé et dératisé.

— Pour le *choléra*, le principe des mesures est le même : visite médicale, surveillance ne pouvant excéder cinq jours, débarquement et isolement des malades.

— Pour le *typhus*, l'absence de cas à bord entraîne l'absence de mesures sanitaires. Si, au contraire, il y a un cas de

typhus exanthématique à bord, les passagers subissent visite médicale et épouillage.

— En ce qui concerne la *variole*, s'il n'y a aucun cas à bord, aucune mesure ne peut être appliquée, sauf « à l'égard des personnes qui ont quitté depuis moins de quatorze jours une circonscription où la variole est épidémique ». Ces personnes seront alors vaccinées ou mises en surveillance pendant quatorze jours au plus, ou feront l'objet des deux mesures simultanément.

Enfin, pour ce qui est de la *fièvre jaune*, les voyageurs atteints ou soupçonnés de fièvre jaune ne pourront s'embarquer pour un voyage international. Sur les territoires où la maladie est endémique, tout malade mort dans les dix jours d'un état fébrile non diagnostiqué fera l'objet d'un prélèvement de foie pour examen histo-pathologique. La vaccination contre la fièvre jaune est obligatoire. Les sujets vaccinés seront munis d'un certificat de vaccination conforme à la formule internationale de certificat de vaccination contre la fièvre jaune. Ces sujets ne seront pas soumis aux restrictions quarantenaires. La convention de 1944 a supprimé le terme d'aérodrome anti-amaril. Mais en réalité cette suppression est illusoire car « tout aérodrome qui est situé dans une région où la fièvre jaune existe sous une forme cliniquement, biologiquement ou anatomo-pathologiquement décelable, sera désigné comme aérodrome sanitaire » (article 38). Un tel aérodrome doit être distant de 400 mètres de toute habitation et pourvu de locaux à l'abri des moustiques.

Telles sont les conventions de 1944 dont l'édification technique ne rencontra pas trop de difficultés.

Le problème juridique fut plus difficile à résoudre. Jusqu'à présent, les conventions sanitaires internationales étaient administrées par l'Office International d'Hygiène Publique (2). Or, comme l'exposent Aujaleu et Pequignot, « fallait-il substituer temporairement un autre organisme à l'Office International ? Le problème du remplacement de l'O.I.H.P. avait d'ailleurs un aspect juridique qui semble avoir été, au moins au

début, négligé par l'U.N.R.A.A. » L'accord se fit sur une formule transactionnelle. Les nouvelles conventions seraient temporaires, et temporaire également le rôle donné à l'U.N.R.A.A. en remplacement de l'O.I.H.P. Les conventions étaient à peine ratifiées que déjà on envisageait leur remplacement.

C'est l'Organisation Mondiale de la Santé qui, dès 1947, se chargea d'établir un nouveau règlement international dont l'élaboration demandera trois ans.

C'est ce règlement que nous allons étudier maintenant.

ELABORATION DU REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL DE L'O.M.S.

Dès le mois de septembre 1947, date de la quatrième session de la Commission Intérimaire, les représentants des différents pays ont été unanimes à reconnaître que l'ancien système des conventions sanitaires ne répondait plus aux besoins actuels, parce que trop lent et trop peu maniable pour permettre d'enrayer efficacement la propagation internationale des maladies. Cette lenteur est expliquée par le fait que ces conventions sont soumises à une procédure législative compliquée. Le représentant des Etats-Unis va même plus loin, en soutenant que les conventions sanitaires internationales antérieures créent une situation confuse du fait que certains Etats se trouvent liés à la fois à de vieilles conventions et aux plus récentes tandis que des pays ne sont liés à aucun texte sanitaire (18).

Aussi, la constitution de l'O.M.S. prévoit-elle la création d'un mécanisme entièrement nouveau, chargé, aux termes de l'article 21 de la constitution, de « prendre telle mesure sanitaire et de quarantaine ou toute autre procédure destinée à empêcher la propagation des maladies d'un pays à l'autre ». De plus, afin d'internationaliser au maximum ces mesures, l'article 22 de la constitution souligne que « les règlements adoptés... entreront en vigueur pour tous les Etats membres, leur adoption par l'assemblée de la Santé ayant été dûment notifiée, exception faite pour tels membres qui pourraient faire connaître au directeur général, dans les délais prescrits par la notification, qu'ils les refusent ou font des réserves à leur sujet ». Autrement dit, il ne faudra plus convoquer des confé-

rences diplomatiques spéciales pour ratifier telle ou telle convention.

Voilà déjà un pas de fait en vue de la simplification de la procédure administrative et juridique de l'O.M.S. On assiste alors à la création d'un Comité d'experts pour la lutte internationale contre les épidémies, dont le rôle n'est pas seulement de réviser les conventions antérieures, car nous verrons que l'O.M.S. n'a pas tellement modifié les règlements de 1944, mais de déterminer, d'une manière précise, les règlements sanitaires internationaux qui peuvent être nécessaires pour prévenir les maladies épidémiques.

Lors de la première Assemblée Mondiale de la Santé du 24 juin au 24 juillet 1948, il est décidé de constituer, dans un but de centralisation et d'unification, une division d'épidémiologie dont la mission est de modifier la législation sanitaire en vigueur à cette époque afin de l'adapter aux conditions nouvelles et dès lors on assiste à une fusion des trois comités d'experts pour la quarantaine, pour la lutte internationale contre les épidémies, de la commission intérimaire en un seul comité : le Comité d'Experts de l'O.M.S. pour l'Epidémiologie Internationale et la Quarantaine » qui a pour tâche d'étudier, à la lumière des nouvelles connaissances scientifiques, les conventions de 1944 et de les grouper en un seul code international de Santé Publique.

Durant la deuxième assemblée mondiale du 13 juin au 2 juillet 1949, il fut discuté la suppression de certaines mesures quarantenaires et assouplissement du règlement, tout en restant dans les limites de la sécurité. En effet, comme l'affirmait le Professeur Dujarric de la Riviere quelques mois auparavant : « des mesures excessives, non seulement entravent indûment les communications entre pays et entraînent de graves conséquences économiques, mais peuvent, par leur excès même, inciter à la transgression délibérée du contrôle sanitaire et aller ainsi à l'encontre de leur objet » (9) et (10). C'est ainsi que pour les certificats de vaccination, les administrations sanitaires en exigent un nombre toujours croissant, sans

tenir compte de la réelle valeur protectrice desdits vaccins. Aussi, dans un but d'allègement des conventions, fut-il décidé en 1949 de supprimer purement et simplement l'obligation de la vaccination contre la peste et le typhus.

Bien d'autres problèmes se sont posés aux experts, en particulier celui de la vaccination contre le choléra qui, tout en étant d'une grande utilité pour protéger l'individu résidant dans une contrée contaminée, n'a guère de valeur en tant que mesure de quarantaine pour empêcher l'introduction du choléra dans un pays indemne. Aussi fut-il projeté, dans le nouveau règlement international, de ne pas exiger de la part de voyageurs venant de pays indemnes de choléra la vaccination anticholérique, celle-ci pouvant être néanmoins obligatoire pour tout voyageur arrivé d'un lieu où le choléra sévit à l'état endémique ou éventuellement épidémique.

En ce qui concerne les bagages ou les marchandises, il fut décidé de n'imposer aucune mesure sanitaire, sous réserve, toutefois, que lesdits bagages et marchandises n'aient été exposés à l'infection ou qu'ils ne soient considérés comme ayant été contaminés par des objets infectés ou renfermant des animaux vecteurs ou réservoirs de maladies.

Une autre question s'est posée : à savoir si le nouveau règlement sanitaire devait inclure, dans un chapitre spécial, des mesures applicables aux marchandises pour prévenir des maladies non pestilentielles, telles que la rage, la fièvre Q, la psittacose.

Quant au courrier, il fut décidé qu'il ne ferait l'objet d'aucune mesure sanitaire, sous réserve que lettres et colis postaux ne puissent être contaminés par une quelconque maladie pestilentielle.

Au sujet des voyages aériens, une tentative fut faite pour alléger au maximum les règlements quarantenaires, afin de ne pas entraver le fonctionnement de la navigation aérienne. Aussi fut-il convenu qu'aucune mesure sanitaire restrictive ne serait appliquée aux voyageurs en transit dans les aéroports, ni aucun certificat de vaccination exigé d'eux, à condition

qu'ils ne soient atteints d'aucune maladie transmissible et ne quittent pas l'enceinte de l'aérodrome.

Il fut décidé, au sujet de la désinsectisation des avions, d'élaborer des règles très strictes quant aux insecticides et à leur mode d'emploi, alors qu'auparavant chaque Etat avait à ce sujet la plus grande liberté quant à l'insecticide et à son emploi, d'où une multitude de méthodes plus ou moins efficaces.

L'abolition du certificat d'immunité contre la fièvre jaune fut envisagée. La convention de 1944 prévoyait en effet qu'un certificat d'immunité pouvant être accepté à la place d'un certificat de vaccination, délivré par un laboratoire agréé, aux sujets reconnus immuns, à la suite d'une attaque de fièvre jaune, ce certificat n'était jamais demandé par les intéressés. Aussi a-t-il été question de supprimer purement et simplement ce certificat; d'autant que la vaccination d'une personne déjà immunisée ne soulève aucune contre-indication (18).

En avril 1951, le projet de règlement sanitaire achevait d'être mis au point. Une commission spéciale se réunit alors à Genève du 9 avril au 21 mai 1951. Deux tendances se sont manifestées au sein de cette commission. Les uns, soucieux d'entraver le moins possible le trafic international, étaient partisans de limiter les mesures quarantenaires, d'autant, soutenaient-ils, que des mesures excessives n'empêchent pas complètement la transmission des épidémies. Les autres, représentant des pays particulièrement éprouvés par les grandes épidémies, désiraient voir adopter des dispositions particulièrement sévères (18).

Finalement, le texte final du règlement sanitaire fut présenté aux délégués de 66 nations, réunis le 7 mai 1951 lors de la quatrième assemblée de l'O.M.S.

LE REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL DE L'O.M.S.

A première vue, les différences entre le règlement de 1944 et celui de 1951 sont peu sensibles. Nous verrons, en étudiant le nouveau règlement, que l'O.M.S. a instauré de nouvelles conventions, ne serait-ce qu'une prophylaxie et une réglementation à l'égard de la fièvre récurrente à poux. Ce règlement comporte en préambule un certain nombre de définitions dont nous retiendrons les principales, à savoir :

(20) — On entend par :

— « *Autorité sanitaire* » : l'autorité directement responsable de l'application, dans une circonscription, des mesures sanitaires appropriées que le présent règlement permet ou prescrit.

— « *Fièvre récurrente* » : la fièvre récurrente à poux.

— « *Indice d'Aëdes aegypti* » : le rapport, exprimé en pourcentage, entre, d'une part, le nombre d'habitations dans une zone limitée, bien définie où ont été trouvés des gîtes larvaires d'Aedes aegypti et, d'autre part, le nombre total d'habitations dans cette zone, celles-ci ayant toutes été examinées. »

— « *Maladies quarantenaires* » : les affections suivantes : peste, choléra, fièvre jaune, variole, typhus, et la fièvre récurrente.

— « *Visite médicale* » : elle comprend la visite et l'inspection du navire, aéronef, train, ou véhicule routier, ainsi que l'examen préliminaire des personnes se trouvant à bord.

— « *Zone d'endémicité amarile* » : elle désigne une région dans laquelle l'Aedes aegypti ou tout autre vecteur domestique de la fièvre jaune est présent, mais n'est pas manifestement responsable de la persistance, pendant de longues pério-

des, du virus chez les animaux de la forêt tropicale, tandis qu'une « *zone de réceptivité amarile* » désigne une région dans laquelle la fièvre jaune n'existe pas, mais où elle pourrait se développer si elle y était introduite ».

— « *Zone de transit direct* » : zone spéciale, établie dans l'enceinte d'un aéroport ou rattachée à celui-ci, et ce, avec l'approbation de l'autorité sanitaire intéressée et sous son contrôle immédiat, destinée à faciliter le trafic en transit direct, elle permet notamment d'assurer la ségrégation pendant les arrêts des voyageurs et des équipages sans qu'ils aient à sortir de l'aéroport.

— En ce qui concerne les notifications et renseignements épidémiologiques, le nouveau règlement précise, plus catégoriquement que le précédent, que les administrations sanitaires doivent télégraphier à l'O.M.S., dans un délai de vingt-quatre heures, le début de l'infection d'une circonscription, la confirmation bactériologique de la maladie s'effectuant le plus rapidement possible, les résultats du laboratoire étant également communiqués par télégrammes au siège de l'organisation. Par la suite, des renseignements complémentaires sur l'origine, la forme de la maladie, le nombre de cas, de décès, la prophylaxie devront faire l'objet de communications régulières à l'O.M.S.

— Pour qu'une circonscription atteinte redevienne indemne, il faut, comme l'indique le paragraphe 2 de l'article 6, que « une fois toutes les mesures prises et maintenues pour prévenir la réapparition de la maladie ou son extension possible à d'autres circonscriptions, en cas de peste, de choléra, de variole, de typhus et fièvre récurrente, il se soit écoulé « après le décès, la guérison ou l'isolement du dernier cas constaté, un laps de temps égal au double de la période d'incubation » : soit deux fois :

- 6 jours pour la peste et la fièvre jaune,
- 5 jours pour le choléra,
- 14 jours pour la variole et le typhus,
- 8 jours pour la fièvre récurrente.

Pour permettre d'accroître la rapidité de transmission des renseignements épidémiologiques, tous les télégrammes et appels téléphoniques jouissent de la priorité la plus élevée.

Enfin, chaque année, tout Etat membre transmet à l'O. M.S. un rapport sur l'apparition éventuelle de maladie quarantenaire provoquée par le trafic international ainsi que les remarques relatives au règlement international.

Les administrations sanitaires de chaque pays doivent aménager les ports et aérodromes de leurs territoires afin de pouvoir appliquer les mesures instaurées par ledit règlement. Un port ou un aérodrome doivent être pourvus d'eau potable, doivent pouvoir évacuer ordures, eaux usées, denrées alimentaires dangereuses sans contaminer la région environnante. Chaque port doit en outre posséder un personnel suffisant pour assurer la visite médicale des voyageurs et la dératisation des navires.

Quant aux mesures et formalités sanitaires (25), l'O.M.S. souligne qu'elles constituent un maximum de ce qu'un Etat peut exiger à l'égard du trafic international pour la protection de son territoire. Dans un but d'adoucissement des conventions, désinsectisation, dératisation ne doivent pas gêner inutilement les personnes et encore moins porter préjudice à leur santé, ne doivent pas endommager le navire ou l'avion. De même, toujours dans un but de commodité des voyageurs, ceux qui sont soumis à la surveillance ne sont pas isolés et peuvent se déplacer; s'ils restent en liaison avec l'autorité sanitaire.

Lorsqu'une personne entreprend un voyage international, une visite médicale peut lui être imposée si les circonstances l'exigent, mais cette visite ne devra en aucun cas retarder le départ du navire ou de l'avion. C'est la raison pour laquelle ladite visite devra s'effectuer en tenant compte des formalités douanières et administratives. Si un voyageur est reconnu suspect ou atteint d'une maladie contagieuse, l'embarquement lui est refusé. De plus, il y a lieu d'éviter l'introduction à bord d'un navire ou tout autre moyen de transport, des agents

possibles d'infection, ainsi que des vecteurs de toute maladie quarantenaire.

— En cours de route, aucune mesure sanitaire n'est prise à l'égard d'un navire indemne. Toutefois, une garde sanitaire peut, dans certains cas, être installée à bord pour empêcher tout contact non autorisé entre le navire et la côte, ou pour surveiller l'embarquement des vivres, du combustible et eau potable. Aucune mesure sanitaire, autre que la visite médicale n'est imposée aux passagers qui ne quittent pas le bord d'un navire en transit ou d'un avion s'ils ne franchissent pas les limites de la zone de transit direct de l'aéroport.

— A l'arrivée, le navire ou l'avion doit signaler par radio l'état sanitaire qui règne à bord. S'il est indemne, l'autorité sanitaire lui accordera la libre pratique autant que possible, mais ladite autorité peut, à tout moment, vérifier l'état sanitaire des passagers, du navire, de l'avion et d'une façon plus générale, de tout véhicule accomplissant un voyage international. En cas de suspicion de maladie, la personne atteinte est débarquée et isolée.

— Il n'est pas possible en principe, pour raisons sanitaires, de refuser l'accès d'un port à un navire. Cependant, si l'autorité n'est pas outillée pour protéger le port contre les maladies pouvant être importées par le navire, elle peut obliger le commandant à conduire son navire au port le plus proche. Tout navire refusant de se soumettre aux mesures imposées par le règlement international, peut poursuivre son voyage. Mais toute escale dans un port du même territoire lui est désormais interdite. Cependant, en cas de fièvre jaune, l'autorité sanitaire d'un port d'une zone de réceptivité amarile soumet obligatoirement le navire aux mesures de protection dictées par le règlement.

Il n'est pas question, bien entendu, de refuser l'atterrissage à un avion en difficulté. Si l'atterrissage a lieu sur un aérodrome autre que celui où l'avion devait se poser, le commandant de bord avertit simplement l'autorité sanitaire la plus proche ou, à défaut, toute autre autorité publique, aucun

passager et membre de l'équipage ne pouvant quitter l'appareil, une fois l'autorité prévenue.

— En ce qui concerne le transport des marchandises, des bagages et du courrier, l'O.M.S. a fait siennes les conventions de 1944.

Telles sont les dispositions générales du règlement de l'O. M.S. Nous allons maintenant passer en revue les dispositions relatives à chacune des maladies quarantenaires.

1° La peste.

— La période d'incubation est fixée à 6 jours.

— La vaccination n'est pas obligatoire, alors qu'en 1944 elle était exigée pour certaines destinations d'Extrême-Orient.

— Les navires doivent être périodiquement dératisés. L'autorité sanitaire du port, où a lieu la dératisation, délivre un « certificat de dératisation » valable six mois. Si le nombre de rongeurs à bord d'un navire est négligeable, l'autorité sanitaire remet au capitaine un certificat « d'exemption de dératisation » conforme au modèle international

Tout suspect de peste ne peut entreprendre un voyage international qu'après un isolement de 6 jours à compter du dernier comptage, l'incubation étant de 6 jours.

A l'arrivée, tout navire est considéré comme infecté s'il y a un cas de peste à bord, si un rat pesteux est trouvé dans les calles. Le navire est suspect si la mortalité des rongeurs est excessive, ou si un cas de peste s'était déclaré 6 jours après le départ. En cas de peste ou de suspicion de peste, l'autorité sanitaire procède à la désinsectisation et à la surveillance des suspects (la surveillance ne pouvant excéder 6 jours à compter de l'arrivée) et à la désinfection de leurs bagages éventuellement. Le navire sera dératisé. Une fois ces mesures prises, le navire ou l'avion sont admis à la libre pratique.

2° Fièvre jaune.

La période d'incubation est de 6 jours. La vaccination

est exigée de toute personne effectuant un voyage international et quittant une circonscription infectée à destination d'une zone de réceptivité amarile. L'immunité est effective 10 jours après la vaccination et la validité du certificat est de 6 ans. Cette vaccination peut être exigée pour tout voyageur sans exception d'âge, ni de condition : nourrissons, femmes enceintes. Il est recommandé de ne pas pratiquer la vaccination antivariolique simultanément. Enfin, les sujets ayant contracté déjà la fièvre jaune sont dispensés de la vaccination sur présentation d'un certificat d'épreuve de séro-protection positive datant de moins de 10 ans.

Le voyageur vacciné peut être néanmoins isolé.

En ce qui concerne les avions, la désinsectisation a lieu le plus près possible du départ, car ils peuvent transporter des stégomias. Il sera considéré comme infecté s'il y a un cas de fièvre jaune à bord. Il sera suspect s'il y a des moustiques vivants.

Il en est de même pour les navires, mais le voyage étant plus long, il est considéré comme suspect si, moins de 6 jours avant l'arrivée, il a quitté une circonscription infectée ou s'il arrive dans les 30 jours suivant son départ d'une telle circonscription et que l'autorité sanitaire constate la présence d'Aedes à son bord.

A l'arrivée d'un tel navire, qui devra rester encré à 400 mètres du rivage, on procède à l'inspection des locaux susceptibles d'héberger des Aedes. Le navire, une fois désinsectisé ou désinfecté, est admis à la libre pratique.

3° **Variole.**

L'incubation est de 14 jours.

La vaccination est pratiquement obligatoire. C'est celle qui pose le moins de problèmes et présente le moins de difficultés pratiques. Il s'agit, en effet, d'une scarification indolore, dont les réactions vaccinales passent en général inaperçues. Pratiquée dans presque tous les pays, la vaccination

antivariolique est admise des voyageurs dont c'est bien souvent une revaccination, car cinquante pays l'exigent à titre de prophylaxie nationale (19). Si la personne refuse la vaccination, elle peut être soumise à une surveillance de 14 jours à compter de son départ du dernier territoire par où elle a passé. Le début de la validité de la vaccination est de 8 jours en cas de primo-vaccination, le jour même s'il s'agit d'une revaccination, d'où nécessité de le préciser sur le certificat. La durée de la validité est de 3 ans, néanmoins l'autorité sanitaire peut exiger d'une personne immunisée la revaccination, d'où nécessité de le préciser sur le certificat. La durée de la validité est de 3 ans, néanmoins l'autorité sanitaire peut exiger d'une personne immunisée la revaccination. L'exemple en est donné, à l'échelle nationale, par la dernière épidémie de variole du Morbihan durant l'hiver 1955.

Du point de vue maritime, comme du point de vue aérien, un navire ou un avion sont considérés comme infectés s'il y a un cas de variole à bord ou si un tel cas s'est déclaré pendant le voyage. Au contraire, même si des suspects se trouvent à bord, le navire ou l'avion sont considérés comme indemnes mais, toutefois, les passagers, s'ils quittent le bord, peuvent être vaccinés, isolés ou placés en surveillance. Là encore dans un but d'adoucissement, l'autorité sanitaire prend en considération les vaccinations antérieures.

Au sujet des bagages, les mesures sont plus sévères : bagages, literie, linge seront désinfectés, s'ils sont suspect de contamination.

Enfin, un navire indemne, même venant d'un territoire où sévit la variole, est admis à la libre pratique sans plus de formalités.

4° Typhus.

Comme pour la variole la période d'incubation est de 14 jours, mais la vaccination n'est pas obligatoire. Les personnes venant d'une circonscription infectée sont désinsectisées ainsi que leurs vêtements.

Comme pour la variole, même s'il se trouve un cas de typhus exanthématique à bord du navire ou de l'avion, ceux-ci sont considérés comme indemnes. Les locaux occupés par les suspects sont désinsectisés et la libre pratique est ensuite accordée.

5° **Fièvre récurrente.**

C'est la nouvelle maladie quarantenaire.

L'incubation est de 8 jours.

La fièvre récurrente est soumise aux mêmes mesures que le typhus exanthématique, ce qui s'explique du fait que le vecteur est le même. Une seule différence : la durée de la surveillance ne doit pas dépasser 8 jours à compter de la désinsectisation.

6° **Choléra.**

La période d'incubation est de 5 jours.

La vaccination est exigible dans certaines circonstances, en particulier pour le pèlerinage de La Mecque.

Lorsqu'une personne effectue un voyage international et arrive d'une région infectée, si elle est vaccinée, elle ne sera soumise qu'à la surveillance durant 5 jours au plus, tandis que non vaccinée, elle est isolée pendant la même période.

Un navire et un avion sont considérés comme infectés s'il y a un cas de choléra à bord.

Ils sont suspects s'il y a eu un cas de choléra pendant le voyage, sans aucun cas nouveau pendant les cinq derniers jours précédant l'arrivée, s'il s'agit d'un navire, ou si le cholérique a été débarqué au cours de l'escale de l'aéronef.

Un navire est indemne si aucun cas n'est découvert à bord, malgré sa provenance d'une région infectée. La libre pratique lui est alors accordée.

A l'arrivée d'un navire infecté, les passagers et membres de l'équipage vaccinés sont simplement mis en surveillance, tandis que les autres personnes sont isolées. Il est bien entendu procédé à la désinfection des bagages, linge, literie contami-

nés, à l'évacuation des eaux du bord susceptibles d'être souillées. Si ces aliments ou boissons font partie du chargement du navire, seule l'autorité sanitaire du port de déchargement peut en faire effectuer le déchargement. Pour le frêt des avions, il en est de même, mais le commandant peut également en exiger l'enlèvement.

Enfin, contrairement aux conventions précédentes, aucun prélèvement rectal ne peut être effectué systématiquement. Cependant, un voyageur venant, en période d'incubation, d'une circonscription infectée et présentant des symptômes de choléra, à savoir des symptômes gastro-intestinaux avec borborygmes douloureux et diarrhée alvine abondante, ce voyageur peut être l'objet d'un prélèvement rectal pour confirmer le diagnostic présumé.

Telles sont les mesures relatives à chaque maladie quarantenaire. Nous voyons qu'elles marquent une simplification notable sur les conventions précédentes.

Cette simplification s'étend à d'autres mesures. C'est ainsi que sous la rubrique « documents sanitaires », la « *patente de santé* » avec ou sans visa consulaire, ni aucun certificat, quelle qu'en soit la dénomination, relatif à l'état sanitaire d'un port ou d'un aéroport, ne peuvent être exigés. Le capitaine du navire, avant l'arrivée, se renseigne sur l'état de santé des personnes se trouvant à son bord et remet à l'autorité sanitaire dudit port une « *déclaration maritime de santé* » contresignée par le médecin du bord s'il y en a un. Cette déclaration maritime de santé, comme les certificats de vaccination et les certificats de dératisation ou d'exemption de dératisation, sont établis suivant un modèle international et rédigés en français et en anglais, une troisième langue étrangère restant facultative. L'adoption de la langue française ne se fit d'ailleurs pas sans difficultés, l'anglais tendant à supplanter de plus en plus le français comme langue internationale.

L'Organisation Mondiale de la Santé publie sous forme de livrets à couvertures jaunes les formules et modèles de cer-

tificats internationaux de vaccination. On note ainsi quelques différences avec les anciens certificats de l'U.N.R.A.A. :

a) Pour la variole, excepté s'il s'agit d'une première vaccination, il n'est plus nécessaire que le résultat de la vaccination soit indiqué. Le certificat d'une personne revaccinée devient donc valable immédiatement.

b) Pour la fièvre jaune, comme nous l'avons déjà dit, la durée de la validité est portée de 4 à 6 ans.

Enfin, le principe de la légalisation de la signature ayant été rejeté par l'O.M.S., le voyageur est en possession de son certificat aussitôt après la vaccination et n'a plus besoin de se déplacer pour le faire légaliser.

Si vaccination, visite médicale, examen bactériologique sont effectués à l'arrivée, aucun droit sanitaire n'est perçu par l'autorité sanitaire.

L'étude du règlement sanitaire de l'O.M.S. serait incomplète si nous n'envisagions pas le contrôle sanitaire du mouvement des pèlerins allant au Hedjaz ou en revenant, pendant la saison du pèlerinage, et les normes d'hygiène concernant les navires à pèlerins et les aéronefs transportant des Musulmans vers les lieux sains (24).

La loi islamique prévoit que chaque Musulman doit, une fois dans sa vie, au moins, accomplir le pèlerinage de La Mecque. A ce moment-là, la ville s'augmente de plus de cinquante mille pèlerins venant aussi bien des Indes que de l'Afrique noire. Tous les moyens de transport sont utilisés actuellement, de la caravane de chameaux à l'avion le plus moderne et le plus confortable. A ce sujet, il n'est pas inutile de rappeler que la France assure dans des conditions de sécurité et de confort absolues le transport des pèlerins musulmans d'A. O.F. et d'Afrique du Nord, au départ de Konakry, Dakar, Casablanca, Oran, Alger et Bizerte vers Djeddah, port de débarquement des pèlerins.

Ceux-ci doivent être obligatoirement vaccinés contre le choléra et la variole, quelle que soit la circonscription d'origine et l'état sanitaire de cette circonscription. Le contrôle des

vaccinations est effectué sérieusement avant l'embarquement, comme nous avons pu le constater nous-même à Casablanca. Le pèlerin venant d'une zone d'endémicité amarile doit, en outre, être immunisé contre la fièvre jaune.

A l'arrivée, le contrôle des vaccinations n'en est pas moins rigoureux. Un pèlerin, non immunisé, est vacciné par l'autorité sanitaire. En cas de refus, il est isolé jusqu'à la fin de la période d'incubation ou rapatrié.

Le navire se rendant à Djeddah fait escale à Port-Saïd où son état sanitaire est vérifié, et traverse le canal de Suez en quarantaine.

— Au retour :

a) Si aucun cas de maladie n'est signalé deux mois avant la date du Hadj, le navire gagne directement Suez où il subit une visite médicale et traverse le canal de Suez lorsque cinq jours se sont écoulés depuis le départ de Djeddah.

— S'il y a un cas de peste, choléra, variole, fièvre jaune à bord, le navire gagne la station quarantenaire d'El Tor.

— S'il y a un cas de typhus ou de fièvre récurrente à bord, le navire débarque les pèlerins à Suez. Les malades sont débarqués, les autres passagers sont désinsectisés. Le navire peut ensuite reprendre sa route.

b) Si un cas de maladie quarantenaire est signalé deux mois avant le Hadj, le navire gagne directement El Tor.

A El Tor :

— S'il y a un cas de peste ou de fièvre jaune, l'isolement est de 6 jours.

— S'il y a un cas de choléra, l'isolement est de 5 jours.

— S'il y a un cas de variole, l'isolement est de 14 jours.

— S'il y a un cas de typhus ou de fièvre récurrente, les malades et suspects sont débarqués et leurs bagages désinfectés ou désinsectisés.

Le navire, une fois toutes les mesures prises, reprend sa route.

Les navires à pèlerins doivent présenter des garanties de confort et de sécurité codifiées par le règlement de l'O.M.S.,

qui précise qu'ils doivent tous être à propulsion mécanique. La surface allouée à chaque pèlerin a été portée de 1,50 m² à 1,672 m², le nombre de latrines de 2 % à 3 %. Les locaux d'infirmerie, y compris les hôpitaux démontables, doivent avoir des dimensions suffisantes et comporter au moins 97 pieds anglais de surface (9,012 m²) pour 100 pèlerins.

Les autres dispositions ne sont guère modifiées. En général, les navires répondent aux normes de sécurité et de confort. Néanmoins, il est arrivé qu'un navire soit retenu au départ pour ne pas s'être conformé aux mesures internationales. Ce fut le cas du paquebot panaméen « Corsica » dont l'appareillage fut annulé par l'autorité sanitaire du Maroc. L'affaire alla d'ailleurs beaucoup plus loin au point de vue juridique. L'armateur, refusant de payer les frais dus à l'immobilisation dans le port de Casablanca, le navire fut saisi et vendu quelques années plus tard à la démolition.

Tel est le règlement international actuellement en vigueur.

CRITIQUES FORMULEES A L'EGARD DU REGLEMENT DE L'O.M.S. ET INNOVATIONS APPORTEES PAR CELLE-CI

De nombreux problèmes se sont posés lors de l'entrée en vigueur du nouveau règlement. Comme le soulignait le directeur général de l'O.M.S., en 1954, la « période initiale n'aura pas été sans causer des difficultés aux administrations nationales, aux autorités locales, aux compagnies de transport et même ux voyageurs (17). Il a fallu réformer des règlements et des usages séculaires, modifier sinon supprimer entièrement des mesures de sécurité jusqu'ici jugées nécessaires pour préserver un pays de l'introduction de maladies quarantenaires, enfin réviser la législation nationale de presque tous les pays... Ces difficultés ont nécessité de nombreux échanges de correspondance entre les administrations et l'Organisation, mais il n'a jamais été nécessaire de saisir le comité de la Quarantaine Internationale d'aucun différent relatif à l'application du nouveau règlement » (18).

Les difficultés s'aplanirent peu à peu. Nous en citerons quelques-unes. Elles ont été, en général, résolues facilement.

C'est ainsi que s'est posée la question de savoir qu'elle était la zone à maintenir exempte d'Aedes aegypti à l'état larvaire et adulte dans un port d'une zone de réceptivité amarile (19). L'opinion a été émise que le règlement limitant cette superficie pour les aérodromes aux périmètres de ceux-ci, il pourrait en être de même pour les ports.

Pour la fièvre jaune, il s'est posé la question de procédure suivante : un cas de fièvre jaune s'est déclaré à la Trinité. Le

gouvernement néerlandais exigea la vaccination antiamarile pour tous les voyageurs en provenance de cette île, bien que les Antilles néerlandaises ne soient pas zone de réceptivité amarile. Le problème fut résolu en considérant provisoirement les Antilles néerlandaises comme zone de réceptivité. Ce qui montre l'utilité de prévoir un article futur permettant de déclarer « *zone provisoire de réceptivité amarile* » telle ou telle contrée où Aedes aegypti est constaté.

On peut citer également une autre difficulté qui s'est présentée : il s'agit d'un navire n'ayant pas déchargé complètement sa cargaison et dont le certificat de dératisation ou d'exemption de dératisation est sur le point d'expirer. Or, la prolongation de validité d'un mois peut ne pas être suffisante pour permettre à ce navire de gagner le port de déchargement. Il y a certes la solution qui consiste à dératiser le navire, ce qui entraîne le déchargement de la cargaison, les opérations de dératisation, le rechargement de la cargaison et une augmentation considérable des frais sans compter le retard à la livraison définitive de la marchandise. Pour pallier ces inconvénients, il est projeté de prolonger une nouvelle fois la validité des certificats de dératisation.

Malgré la suppression de la patente de santé, il a été constaté que les capitaines la demandent encore, par ignorance. La divulgation du nouveau règlement n'est donc pas encore suffisamment efficace.

Au sujet des droit sanitaires, une importante question juridique s'est posée et dont la solution n'est pas encore trouvée. « Il s'agit en effet des droits d'un pays qui est partie à un accord international en vigueur dont une des clauses est incompatible avec une disposition du règlement de l'O.M.S.

Le problème s'est posé de savoir si le règlement s'appliquait à la navigation rhénane. Un accord est intervenu sur ce point en octobre 1954 entre les cinq Etats intéressés.

Un dernier exemple : selon l'article 109 « tout Etat qui

devient membre de l'O.M.S. après le 1er octobre 1952 et qui n'est pas déjà partie au règlement, peut notifier qu'il le refuse ou qu'il l'accepte ou qu'il fait des réserves à son sujet et ce, dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle cet état devient membre de l'O.M.S. Sauf en cas de refus le présent règlement entre en vigueur au regard de cet Etat à l'expiration du délai susvisé ». Or il est arrivé qu'un pays devenu membre de l'Organisation le 2 septembre 1953, donc après l'entrée en vigueur du règlement, refusa d'abord les conventions de l'O.M.S. puis les étudia sans donner de réponse. L'O.M.S. considère ce pays comme ayant accepté *ipso facto* le règlement.

Au fur et à mesure de son application, les gouvernements ont présenté certaines réserves et ont soumi quelques amendements.

Lors de la huitième Assemblée Mondiale de la Santé, un certain nombre de modifications ont été apportées, constituant un règlement additionnel signé à Mexico le 26 mai 1955 et dont l'entrée en vigueur est fixée au 1er octobre 1956.

Il s'agit, en réalité, de différences parfois peu sensibles. Par exemple, la définition actuelle de l'indice d'Aedes aegypti qui désigne « le rapport ,exprimé en pourcentage, entre, d'une part, le nombre d'habitations dans une zone limitée, bien définie, où ont été trouvés des gîtes larvaires d'Aedes aegypti et, d'autre part, le nombre total d'habitations dans cette zone celles-ci ayant toutes été examinées. » (Tout local occupé par une seule famille est considéré comme une habitation), est modifié de la manière suivante : « rapport exprimé en pourcentage entre, d'une part, le nombre de maisons dans une zone limitée, bien définie, où ont été effectivement trouvés des gîtes larvaires d'Aedes, *que ce soit dans les locaux mêmes ou sur les terrains attenants à ceux-ci et en dépendant*, et, d'autre part, le nombre total de maisons *examinées* dans cette zone ».

La définition du « premier cas » est supprimée purement et simplement tandis que celle de « réceptivité amarile »

devient « région dans laquelle le virus n'existe pas, mais où *la présence d'Aedes permettrait à ce virus de se développer s'il y était introduit* » au lieu de : « région dans laquelle la fièvre jaune n'existe pas, mais où *elle pourrait se développer si elle y était introduite.* »

Les autres modifications sont encore moins sensibles.

CONCLUSIONS

Sans vouloir remonter aux premières mesures de protection contre les grands fléaux épidémiques dont furent victimes les Vénitiens, en 1348, quel chemin parcouru depuis la première conférence de Paris en 1851. Cent ans se sont écoulés pour aboutir à l'élaboration d'un règlement international cohérent issu d'une part des conventions de 1903, 1912, 1926 à Paris; de 1933 à La Haye; de 1944 à Washington, et d'autre part des découvertes scientifiques : chimie des insecticides, par exemple D.D.T. pour citer le principal.

Les conventions de 1944 ont eu le mérite d'imposer une réglementation internationale acceptée par un grand nombre de gouvernements. Le système des vaccinations obligatoires contre les maladies pestilentielles a permis au lendemain de la dernière guerre mondiale, au moment où la santé des individus était compromise par le manque d'hygiène et la sous-alimentation au moment où les grands échanges internationaux reprenaient dans une atmosphère de paix, les conventions de l'U.N.R.A.A. malgré leurs imperfections ont constitué un réseau important de protection contre les grandes épidémies. Cependant à l'expérience le système de 1944 se révéla trop lent. Il s'agissait, en effet, d'actes diplomatiques soumis à une procédure longue de ratification formelle par les Etats signataires. L'application se révélait parfois difficile du fait de l'enchevêtrement des conventions antérieures, dont certaines n'étaient pas abrogées et tombaient en désuétude. Le règlement de 1944 était loin de réunir l'unanimité des Etats, certains se refusant à se plier aux textes internationaux d'autres au contraire, tombant dans l'excès inverse, en appliquant une politique de protection par trop sévère, sur le plan des

vaccinations par exemple. Le nombre des certificats exigés croissait de jour en jour. Les mesures de quarantaine s'intensifiaient risquant d'entraver le trafic international.

Aujourd'hui, dans un souci de libéralité, l'O.M.S. a établi un code international de santé dont le texte ne constitue qu'un plafond à ne pas dépasser. Libéralité et simplification ont été les buts que s'étaient proposés les experts. Ils y ont réussi en supprimant l'obligation des vaccinations contre le typhus et la peste, les insecticides représentant un moyen de défense efficace contre ces maladies. La vaccination anti-cholérique n'est exigée que pour les pèlerins musulmans et pour les autres voyageurs, si la nécessité s'en fait sentir seulement. Ne restent obligatoires en définitive que les vaccinations contre la variole et la fièvre jaune.

La déclaration personnelle de santé n'existe plus. Les voyageurs en transit ne sont pas, comme au lendemain de la dernière guerre, soumis aux mêmes exigences que ceux qui débarquent à condition toutefois qu'ils ne quittent pas le navire ou l'aérodrome.

Grâce à la simplification du règlement de l'O.M.S. les entraves sanitaires au trafic international sont réduites au minimum. La sécurité des voyageurs et des populations autochtones est assurée. L'O.M.S. remplit ainsi le but général qu'elle s'était fixé « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, qu'elles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale. »

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU :

Le Doyen :
R. SIGALAS.

Le Président de Thèse :
DERVILLÉE.

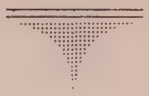
VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Bordeaux, le 30 Novembre 1955.
Le Recteur :
E. DELAGE.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

WORLD HEALTH ORGANIZATION

CERTIFICATS INTERNATIONAUX DE VACCINATION

INTERNATIONAL CERTIFICATES OF VACCINATION



REPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Contrôle sanitaire aux frontières

Délivré à / *Issued to* \ .....

Numéro du passeport ou de la pièce justificative / *Passport No. or Travel Document No.* \ .....

Appendix 1

DERATTING CERTIFICATE (*a*)
DERATTING EXEMPTION CERTIFICATE (*a*)

issued in accordance with Article 52 of the International Sanitary Regu
(Not to be taken away by Port Authorities.) — (

PORT OF.....

Date — Date.....

THIS CERTIFICATE records the inspection

LE PRESENT CERTIFICAT atteste l'inspectio

of the { *ship* / *inland navigation vessel* } (*a*) *of* { *ne* / ... }
du navire de { to / to }

At the time of { *inspection* / *deratting* } (*a*) *the holds*
Au moment de { l'inspection / la dératisation } (*a*) les cales ét

COMPARTMENTS (*b*)	*RAT INDICATIONS* TRACES DE RATS (*c*)	*RAT HARBOURAGE* REFUGES A RATS *discovered* trouvés (*d*)	*treated* supprimés	*Fe H*
Holds 1.				
— 2.				
— 3.				
— 4.				
— 5.				
— 6.				
— 7.				
Shelter deck space				
Bunker space				
Engineroom and shaft alley				
Forepeak and storeroom ..				
Afterpeak and storeroom..				
Lifeboats				
Charts and wireless rooms..				
Galley				
Pantry				
Provision storerooms				
Quarters (crew)				
Quarters (officers)				
Quarters (cabin passengers)				
Quarters (steerage)				
Total				

(*a*) *Strike out the unnecessary indications.* — Rayer les mentions inutiles.
(*b*) *In case any of the compartments enumerated do not exist on the ship or inland na vessel, this fact must be mentioned.* — Lorsqu'un des compartiments énumérés pas sur le navire, on devra le mentionner expressément.
(*c*) *Old or recent evidence of excreta, runs, or gnawing.* — Traces anciennes ou d'excréments, de passages ou de rongements

RECOMMANDATIONS MADE. — OBSERVATIONS. — *In the case of exemption, stat the number of rats on board is negligible.* — Dans le cas d'exemption, indiquer ici bord soit négligeable. — *Seal, name, qualification, and signature of the inspector*

AT DE DERATISATION (*a*)

AT D'EXEMPTION DE LA DERATISATION (*a*)

ivré conformément à l'article 52 du Règlement Sanitaire International
ne doit pas être retiré par les autorités portuaires.)

T DE.....

ting }
tion } (*a*) *at this port and on the above date*

ratisation }
mption } (*a*) en ce port et à la date ci-dessus

a sea-going vessel } (*a*) (*f*)
.tonnage for an inland navigation vessel }

s le cas d'un navire de haute mer } (*a*) (*f*)
..... dans le cas d'un navire de navigation intérieure }

ith *tons of* *cargo*

....

s de tonnes de cargaison

DERATTING — DERATISATION				COMPARTIMENTS (*b*)
— par fumigation utilisé ..... Exposition (heures)....		! *by catching, trapping, or poisoning* par capture ou poison		
uantity used uantités nployées (*e*)	*Rats found dead* Rats trouvés morts	*Traps set or poisons put out* Pièges ou poisons mis	*Rats caught or killed* Rats pris ou tués	
				Cales 1.
				— 2.
				— 3.
				— 4.
				— 5.
				— 6.
				— 7.
				Entrepont
				Soute à charbon
				Chaufferies, tunnel del'arbre
				Peak avant et magasin
				Peak arrière et magasin
				Canots de sauvetage
				Chambre des cartes, T.S.F.
				Cuisines
				Cambuses
				Soute à vivres
				Postes (équipage)
				Chambres (officiers)
				Cabines (passagers)
				Postes (émigrants)
				Total

None, small, moderate, or large. — Néant, peu, passablement ou beaucoup.
tate the weight of sulphur or of cyanide salts or quantity of HCN acid used. — Indiquer
s poids de soufre ou de cyanure ou la proportion d'acide cyanhydrique.
Specify whether applies to metric displacement or any other method of determining the
on nage. — Spécifier s'il s'agit de déplacement métrique ou, sinon, de quel autre tonnage
l s'agit.
ures taken for maintaining the ship or inland navigation vessel in such a condition that
es pour que le navire soit maintenu dans des conditions telles que le nombre de rats à
, qualité et signature de l'inspecteur.

CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE REVACCINATION CONTRE LA VARIOLE

INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR REVACCINATION AGAINST SMALLPOX

Je soussigné(e) certifie que ..... né(e) le ..... sexe .....
This is to certify that *date of birth* *sex*

dont la signature suit .....
whose signature follows

a été vacciné(e) ou revacciné(e) contre la variole à la date indiquée.
has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against smallpox.

Date	Signature et qualité professionnelle du vaccinateur. *Signature and professional status of vaccinator* N° insc. Conseil de l'Ordre	Cachet d'authentification *Approved stamp*	Indiquer s'il s'agit d'une primovaccination ou de revaccination; en cas de primovaccination préciser s'il y a eu prise *State whether primary vaccination or revaccination; if primary, whether successful*
1	N°		
2	N°		
3	N°		
4	N°		

La validité de ce certificat couvre une période de trois ans commençant huit jours après la date de la primovaccination effectuée avec succès (prise) ou, dans le cas d'une revaccination, le jour de cette revaccination.

Le cachet d'authentification doit être conforme au modèle prescrit par l'administration sanitaire du territoire où la vaccination est effectuée.

Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des mentions qu'il comporte peut affecter sa validité.

The validity of this certificate shall extend for a period of three years, beginning eight days after the date of a successful primary vaccination or, in the event of a revaccination, on the date of that revaccination.

The approved stamp mentioned above must be in a form prescribed by the health administration of the territory in which the vaccination is performed.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid.

BIBLIOGRAPHIE

1. Abt. — Vingt-cinq ans d'activité de l'O.I.H.P., 1 vol., 1933, à l'Office, 195, boulevard Saint-Germain, Paris.
2. Aujaleu (E.) et Péquinot (H.). — A propos des nouvelles conventions internationales sanitaires. *Presse Méd.*, 1945. *30*, pp. 414-415.
3. Barret (R.-H.). — Ministère de la Santé, Londres, Quarantine in the 19th and 20th centuries. *The Med. Officer*, 5 août 1955, pp. 71-72.
4. Boyer (J.). — L'établissement par l'O.M.S. du règlement sanitaire international. *Presse Méd.*, 1951, *59*, p. 1529.
5. — Un centenaire à commémorer : la première conférence internationale. *Presse Méd.*, 1951, *59*, p. 457.
6. Brady (F.). — International measures against tropical diseases. *Journ. Amer. Med. Association*, 1954, *156*, pp. 1147-1150.
7. Cravol. — Structure de l'O.M.S. Thèse de doctorat en droit. Grenoble 1949.
8. David (W. A. L.). — Air Transports and Insects of agricultural importance, 1949, London.
9. Dujarric de la Rivière (R.). — Activités internationales. Centenaire de la première conférence sanitaire internationale. Adoption d'un règlement sanitaire international. *Rev. Hyg. et Méd. Soc.*, 1953, *1*, n° 6, pp. 585-601.
10. — Nécessité d'un code international de la santé publique. *Bull. Acad. Méd.*, 1947, *131*, n°s 11 et 12, p. 197.
11. — Prophylaxie nationale et internationale des maladies épidémiques. 1 vol., 1948, Flammarion, édit., Paris.
12. Goodman (N. M.). — International health organizations and their work, 1 vol., 1952, J. et A. Churchill Ltd, Londres, édit.
13. Howard-Jones (N.). — Origins of international health work. *Brit. Med. Journ.*, 1950, *1*, pp. 1032-1037.

14. Laigret (J.). — Cinq résultats de la vaccination contre la fièvre jaune après quatorze années de pratique. *Bull. Acad. Méd.*, 1947, *131*, n°s 1-2, pp. 13.

15. Lavier (G.). — Les vaccinations exigées pour les voyages aériens. *Bull. Méd.*, 1950, n° 4, pp. 83-84.

16. Masters (R. D.). — International organization in the field of public health in manual of international organization carnegie endowment for international peace Washington D. C. 1947.

17. O.M.S. — Actes officiels n°s 56 et 64.

18. O.M.S. — Chroniques, années 1947, 1948, 1949, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955.

19. O.M.S. — Recueil International de législation sanitaire, 1954, *5*, n° 2, pp. 220-257, et 1955, *6*, n° 3, pp. 386-446.

20. O.M.S. — Règlement sanitaire international, n° 2, *Sér. Rapp. Tech.*, 1951, 41.

21. O.M.S. — Relevé épidémiologique hebdomadaire, 1955, n° 24.

22. Peltier (M.). — Preparations of yellow fever vaccine produced by the Pasteur Institute, Dakar, *Epidemiological Informiological Information Bulletin*, 1946, *11*, n° 15, p. 618, et *11*, n° 19, p. 806.

23. Reynes (V.). — Epidémiologie et prophylaxie des grandes endémies tropicales, 1951, Leconte, édit., Marseille.

24. Shousa. — L'épidémie de choléra en Egypte. *Bull. O.M.S.*, 1948, 2, 391.

25. Stowan (Knud). — International sanitary regulations. *Public Health Reports*, 1952, 67, pp. 972-976.

26. Tanon (L.), Boyer (J.) et Tourret. — *Bull. Acad. Méd. Paris*, 1948, *132*, 420-421.

TABLE DES MATIERES

Introduction 11

Historique 15

Les conventions sanitaires de 1944 19

Elaboration du règlement sanitaire international de l'O.M.S. 29

Le règlement sanitaire international de l'O.M.S..... 33

Critiques formulées à l'égard du règlement de l'O.M.S..... 45

Conclusions 49

Certificats internationaux de vaccination 51

Certificat de vaccination 52

Certificat de vaccination contre la variole 54

Bibliographie 57